

Estudio epidemiológico del dolor crónico en Caldas, Colombia (Estudio DOLCA)

Epidemiological study of chronic pain in Caldas, Colombia (DOLCA Study)

RICARDO DÍAZ, FELIPE MARULANDA, XIMENA SÁENZ • MANIZALES

Resumen

Introducción: el dolor es el síntoma más común en la consulta médica, y uno de los principales problemas de salud pública. En Colombia, aún faltan datos confiables acerca del impacto del dolor en la población general.

Objetivo: estimar la prevalencia, aspectos clínicos y de manejo del dolor crónico en la población general, en una muestra representativa del departamento de Caldas, Colombia.

Sujetos y métodos: se encuestaron 1.008 personas mayores de 18 años, de ambos géneros, en casas de barrios seleccionados aleatoriamente en las ciudades de Manizales, Neira, Villamaría y Chinchiná, aplicando un cuestionario semiestructurado, mediante entrevista domiciliaria. La información fue procesada con el paquete estadístico Epi Info.

Resultados: se encontró una prevalencia de dolor en el último mes de 50% y de dolor crónico (mayor de tres meses) de 31%, con predominio de las mujeres en la mayoría de causas de dolor y con aumento de la frecuencia a mayor edad. La duración del dolor crónico fue superior a un año en 62% y de más de cinco años en 30%. Las localizaciones más frecuentes fueron en su orden: cabeza, miembros inferiores, región lumbar, miembros superiores y abdomen. Las actividades cotidianas (AVD) estaban limitadas de manera parcial en 62% y total en 13%. El dolor afectó el estado anímico en la mitad de los sujetos. Los AINES se usaron en 59%, el acetaminofén en 53%, mientras que sólo 3% usó opioides. Reportaron automedicación 41% y uso de medicinas complementarias 33%.

Conclusiones: se destacan la elevada prevalencia del dolor crónico, la cronicidad del mismo, la baja utilización de opioides y el elevado consumo de AINES, así como la habitual automedicación, todo lo cual deriva en manejo inadecuado de esta patología crónica (*Acta Med Colomb 2009; 34: 96-102*).

Palabras clave: *analgésicos en dolor crónico, automedicación, dolor crónico, dolor en Latinoamérica, epidemiología del dolor, frecuencia de dolor crónico.*

Abstract

Introduction: pain is the most common symptom in medical consultation, and a major public health problem. In Colombia, there is still a lack of reliable data on the impact of pain on the general population.

Aim: to estimate the prevalence and clinical aspects and management of chronic pain in the general population in a representative sample of the department of Caldas, Colombia.

Subjects and methods: 1.008 people older than 18 years, of both genders, were surveyed in homes of randomly selected districts in the cities of Manizales, Neira, Villamaría, and Chinchiná, using a semistructured questionnaire through interview at home. The information was processed with the statistical package Epiinfo.

Results: the prevalence of pain during the last month was 50%, and chronic pain (more than 3 months) 31%, with a predominance of women in most causes of pain and with increased frequency in older age. The duration of chronic pain was more than 1 year in 62% of cases and over 5 years in 30%. The most frequent localizations were in order: head, legs, lower back, upper limbs and abdomen. Daily activities (ADL) were partially limited in 62% of cases and totally in 13%. Pain affected mood in one half of the subjects. NSAIDs were used in 59%, acetaminophen in 53%, while only 3% used opioids. Self-prescription was reported by 41% and use of complementary medicine in 33%.

Dr. Ricardo Díaz Cabezas: Neurólogo. Profesor Asociado Univ. de Caldas. Coordinador Clínica de Dolor. Universidad de Caldas; Dr. Felipe Marulanda Mejía: Geriatra, Magister en Desarrollo Humano, Profesor Asistente Univ. de Caldas, Miembro Clínica de Dolor. U. de Caldas; Ximena Saenz Montoya: Enfermera, Magister en Enfermería, Profesor Asociado Univ. Nacional de Colombia. Universidad de Caldas. Facultad de Ciencias de la Salud. Manizales. Financiación: Vicerrectoría de Investigaciones y Posgrados de la Universidad de Caldas y Convenio de Cooperación entre Universidad de Caldas y Dirección Territorial de Salud de Caldas. Correspondencia: Ricardo Díaz Cabezas. Profesor de Neurología. Universidad de Caldas. Clínica de La Presentación. Calle 65 N° 26-10, Manizales, Colombia. E-mail: ridiaz@une.net.co Recibido: 11/II/09 Aceptado: 08/VII/09

Conclusions: the study highlights the high prevalence of chronic pain, its chronic nature, the low use of opioids and the high consumption of NSAIDs, as well as the habit of self-prescription, which results in inadequate management of chronic diseases (*Acta Med Colomb 2009; 34: 96-102*).

Key words: *analgesics in chronic pain, selfmedication, chronic pain, pain in Latin America, epidemiology of pain, frequency of chronic pain.*

Introducción

El dolor es uno de los síntomas más comunes que se presentan en los individuos de cualquier edad y constituye una experiencia sensorial y emocional desagradable que se experimenta de una manera propia e individual. El dolor es un problema para el paciente con repercusiones biopsicosociales múltiples, y especialmente en los casos de dolor crónico, en los que se genera sufrimiento, incapacidad para las actividades cotidianas, la participación social y el desempeño laboral, con menoscabo de la calidad de vida. La IASP ha definido dolor crónico como aquel que se mantiene por tres meses (1).

El dolor es la causa más frecuente de consulta médica. Algunas estadísticas señalan que cerca de 35% al 50% de la población general padece dolor crónico. Un estudio reciente de Torrance et al (2) encontró que la prevalencia de dolor crónico de cualquier origen en la población general es del 48%, mientras que Catalá (2001) (3) encontró una prevalencia de dolor crónico de 23,4% en la provincia de Cataluña (España). Un reciente estudio europeo multicéntrico (4) que incluyó 16 países, mostró que 19% de los encuestados padecían dolor crónico de moderado a severo y, en muchos de éstos los síntomas eran manejados de manera inadecuada y afectaban seriamente sus actividades laborales, sociales y de vida diaria. Un 59% habían tenido dolor de 2 a 15 años y 21% de ellos se les había dado un diagnóstico de depresión debido a su dolor.

Aunque en Colombia son escasos los datos epidemiológicos acerca del dolor, la ACED (Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor) ha llevado a cabo algunas investigaciones, mediante entrevista telefónica, siendo la más reconocida la publicada en abril de 2004 denominada como III Encuesta Nacional de Dolor (5), la cual mostró que 47,7% de la población colombiana había tenido algún tipo de dolor en el último mes, siendo más frecuente la cefalea y en segundo lugar el dolor lumbar. El 49% de los que experimentaron dolor, manifestaron que éste era agudo y 50% que ya lo padecían desde antes. En el año 2008 fue informada la IV Encuesta Nacional de Dolor (6), realizada también por parte de la ACED, la cual mostró una prevalencia similar del dolor en el último mes de 45%.

Con base en la alta prevalencia señalada por estos estudios y la falta de datos acerca del dolor crónico en nuestro medio, se decidió adelantar la presente investigación con el objeto de conocer la prevalencia, el comportamiento sociodemográfico y las características clínicas y socioculturales del dolor crónico, denominándose como estudio **DOLCA (DOLor en CALdas)**.

Sujetos y métodos

Se realizó un estudio poblacional descriptivo de corte transversal, para determinar la prevalencia, aspectos sociodemográficos y clínicos del dolor crónico en la población adulta, en cuatro áreas urbanas de la zona central del departamento de Caldas, el cual cuenta con una población estimada para el año 2008 de 463.290 habitantes. Con base en esta población y la prevalencia estimada de dolor crónico en población general, se considero como tamaño de muestra apropiado alrededor de 1.000 personas, calculando pérdidas de 10%, un error estadístico de 3% y un intervalo de confianza de 95%.

Se llevó a cabo una selección aleatoria estratificada de los barrios y sectores de estos cuatro municipios y se tomaron muestras poblacionales ponderadas de acuerdo con la densidad de los diferentes estratos socioeconómicos, del 1 al 6.

Trabajo de campo

Se realizó una encuesta semiestructurada con relación a la presencia de dolor en el último mes y de dolor crónico, a las personas mayores de 18 años, presentes en el momento de la visita, la cual se hizo en horas diurnas de los fines de semana. Se definió como dolor crónico aquel que tuviere una duración mayor a tres meses, de acuerdo con la recomendación de la Asociación Internacional para el estudio del dolor (IASP). El instrumento de recolección de la información fue aplicado por estudiantes de la Facultad de Ciencias para la Salud de la Universidad de Caldas, debidamente entrenados y previa firma de un formato de consentimiento informado. Además del cuestionario general, se diligenció una escala de percepción subjetiva de bienestar diseñada por la OMS, denominada Índice de Bienestar OMS-5 (7).

La comunidad encuestada en su gran mayoría se mostró receptiva y colaboró plenamente con la investigación, no obstante, hubo una tasa de rechazo a la encuesta de 4%, aduciendo razones personales y falta de tiempo. La realización del trabajo de campo (encuestas y procesamiento de los datos) se llevó a cabo entre los meses de marzo y agosto de 2008.

Se obtuvo autorización para la realización de la investigación por parte del Comité de Ética de la Facultad de Ciencias para la Salud de la Universidad de Caldas.

Análisis estadístico

Las variables categóricas se analizaron por medio de proporciones y las cuantitativas por medio de medias. Para el análisis de la información se emplearon los paquetes estadísticos Epi Info 6.04d.

Resultados

Características sociodemográficas de la muestra

Se entrevistaron 1.008 personas en los cuatro municipios seleccionados, mayores de 17 años (rango: 18 a 91 años), con predominio del género femenino (68%) y por consiguiente, una representación mayoritaria de ocupación descrita como “ama de casa” (42%). Este predominio femenino y de labores de hogar, podría explicarse por la mayor permanencia de mujeres en el hogar, dada la metodología escogida de encuesta domiciliaria. En cuanto al estrato socioeconómico, predominaron los intermedios (estratos 3 y 4) con un 73%, de acuerdo con la distribución poblacional de estos municipios.

Las características sociodemográficas se pueden apreciar en la Tabla 1.

Dolor crónico. Características generales

El número de personas que informaron haber padecido dolor en el último mes fue de 504 (50%) y de éstos los que presentaban dolor crónico, es decir, duración mayor de tres meses, fue de 317 (31%). Al discriminar por género, la prevalencia del dolor crónico en las mujeres fue de 37,2% (n= 254) y en los hombres de 19,3% (n= 63). En los mayores de 65 años, se encontró una prevalencia de 43,8% y ésta fue especialmente elevada en mayores de 85 años con un 85,7% (Figura 1).

En cuanto al nivel educativo, la frecuencia de dolor crónico fue de 39% para el grupo con nivel de formación primaria, 11% para nivel de formación secundaria y 24% para técnico/

profesional. En cuanto a la actividad ocupacional, la de “ama de casa” fue la de mayor frecuencia de dolor crónico con un 40,6%, mientras que en las otras actividades ocupacionales se encontraron porcentajes menores a 28%.

Con respecto al tiempo de duración del dolor crónico, un 62% lo presentaban por más de un año y el 30% por más de cinco años.

La intensidad del dolor crónico fue catalogada como “moderada” en un 37,5% y como “severa” o “intolerable” por el 52,5% de las personas, no observando diferencia de género en este aspecto.

La ocurrencia de presentación del dolor crónico reportada como “varios días a la semana” o “diaria” se informó en 70%, en tanto que éste se reportó como “ocasional” o “algunas veces” en 30%.

Las actividades de la vida diaria (AVD) se encontraron comprometidas de manera parcial en 62% y de manera total en 13% de los sujetos. Como se aprecia en el gráfico, las actividades más comprometidas fueron tareas domésticas, sueño y trabajo (Figura 2).

Un 40% de los sujetos consideraron que su dolor crónico estaba influenciado por el estrés y las preocupaciones. Un 52% estimó que el dolor crónico había repercutido negativamente, en forma “moderada a severa”, sobre su estado de ánimo, y un 48% consideró que éste le generaba angustia con una intensidad entre “moderada a severa”.

Las localizaciones más frecuentes del dolor crónico fueron en su orden: cabeza, miembros inferiores (MIs), región lumbar, miembros superiores (MSs) y abdomen (Tabla 2).

Tabla 1. Características sociodemográficas de la población encuestada.

		n	%
Procedencia	Manizales	629	62.4
	Chinchiná	261	25.9
	Neira	80	7.9
	Palestina	38	3.8
	Total	1008	100
Género	Femenino	682	68
	Masculino	326	32
Edad	18 - 25	153	15.2
	26 - 40	254	25.2
	41 - 50	225	22.3
	51 - 65	262	26.0
	66 - 75	77	7.6
	76 - 85	30	3.0
	86 y +	7	0.7
Escolaridad	Analfabeta	12	1
	Primaria	260	26
	Secundaria	508	50
	Técnico/Profesional	228	23
Ocupación	Amas de casa	429	42
	Desempleado	41	4
	Empleado	247	24
	Estudiante	74	8
	Trabajador independiente	148	15
	Pensionado	69	7
	Estrato Social	1-2	169
3-4		737	73
5-6		102	10

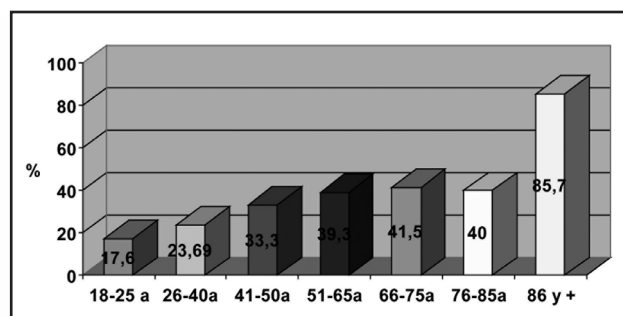


Figura 1. Prevalencia de dolor crónico por grupos de edad.

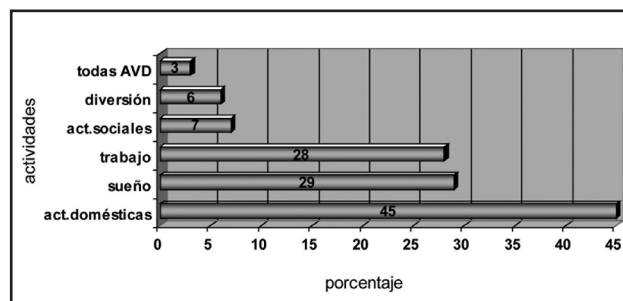


Figura 2. Dolor crónico. Distribución porcentual de afectación en AVD.

Tabla 2. Distribución dolor crónico por regiones anatómicas.

	n	%
Cabeza	100	(32)
Miembros	74	(23)
Lumbar	66	(21)
MSs	46	(14)
Abdomen	26	(8)
Todo	16	(5)
Espalda alta	12	(4)
Cuello	10	(3)
Hombros	9	(3)
Tórax	9	(3)
Cara	6	(2)
Otros	5	(2) *

* glúteos, genitales, otros.

En las mujeres predominaron significativamente las localizaciones de dolor en cabeza, extremidades superiores e inferiores, abdomen y dolor generalizado (Figura 3).

Un 92% de los encuestados afirmó estar usando analgésicos para el manejo de su dolor crónico y de éstos los más utilizados en orden de frecuencia, fueron: antiinflamatorios no esteroideos (AINES) en 59%, acetaminofén en 53%, mientras que sólo 3% informó el uso de opioides (Tabla 3).

Con relación a la frecuencia de uso de analgésicos, el 57% dijo usarlos de manera “diaria” o “varios días a la semana”, pero al calificar su eficacia el 43% la estimó como “regular o mala”.

Cuando se indagó si estos analgésicos habían sido formulados por un médico, 80% contestó afirmativamente, sin embargo, 39% percibió falta de interés del médico en el manejo de su dolor. Respecto al suministro de analgésicos por parte de su seguridad social (EPS/ARS), 53% manifestó que éste se hacía “con regularidad”, 21% que “algunas veces”, y 26% que “no se los suministraba”. Cerca de 60% afirman que tenían que comprar habitualmente sus analgésicos y las razones invocadas para ello se aprecian en la Figura 4.

Las fuentes no médicas empleadas por los encuestados para el consumo de analgésicos, tales como “boticario”, “publicidad”, “familiares y amigos”, fueron reportadas en 28% de los sujetos, observando una influencia similar de cada una de las fuentes.

Cuando se les preguntó si se habían estado automediando para su dolor, 41% de los encuestados dijo hacerlo, y las razones aducidas para esta práctica fueron: haber sido formulados previamente por un médico o conocer la indicación en 51%, haber sido recomendado por un farmacéuta o persona conocida en 34% y haberse basado en la publicidad un 9%.

Las medidas no farmacológicas para manejo del dolor fueron mencionadas por 59%, siendo ellas muy variadas y con una eficacia estimada como “excelente o buena” por 63% de los sujetos (Tabla 4).

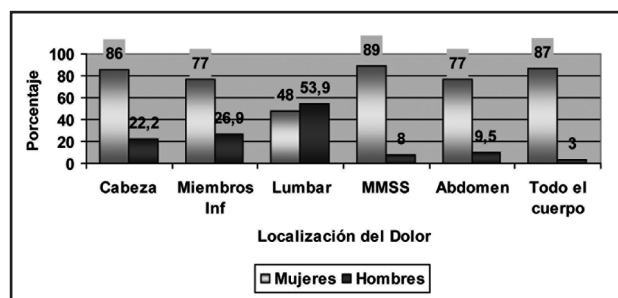


Figura 3. Localización del dolor. Distribución porcentual en ambos géneros.

Tabla 3. Analgésicos utilizados en el dolor crónico.

	n	%
AINES	171	(59)
Acetaminofén	153	(53)
A. acetilsalicílico	22	(8)
Tramadol	10	(3)
Ergotamina	7	(2)
Dipirona	6	(2)

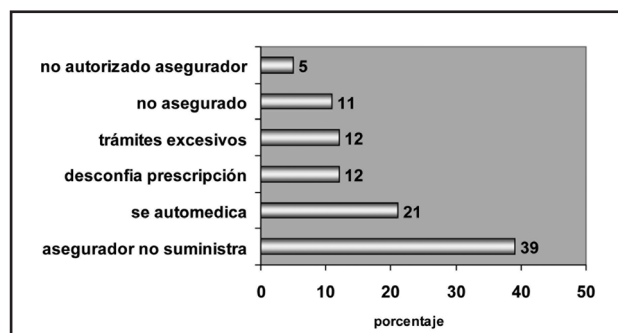


Figura 4. Dolor crónico. Razón aducida para la compra de analgésicos.

Tabla 4. Medidas no farmacológicas para manejo del dolor crónico.

	n	%
Remedios caseros	71	39
Calor local	58	32
Masajes	49	27
Fisioterapia	39	21
Hielo	30	16
Otros	17	9
Todas	5	3

Tabla 5. Uso de medicinas complementarias.

	n	%
Naturista	36	47%
Acupuntura	17	22%
Homeopatía	9	12%
Neural	6	8%
Otros*	19	25%

* Otros: aromaterapia-bioenergético-yoga-chamán-quiropaxia-reflexoterapia-sanación-hipnosis.

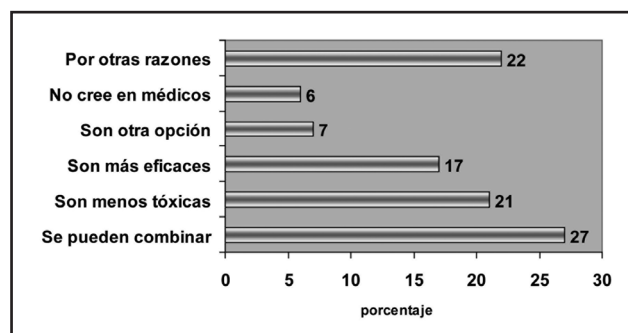


Figura 5. Razones expresadas para el uso de medicinas complementarias/alternativas

Tabla 6. Creencias acerca de la causa del dolor.

Que es debido a:		
	n	%
Enfermedad	141	45
Trabajo	43	14
"Nervios"	35	11
Otras creencias	28	8
Accidente	25	8
No sabe por qué	23	7
Herencia	22	7
Total	317	100

El empleo de medicinas alternativas o complementarias fue informado por 33% de las personas, siendo las más utilizadas la medicina naturista (47%) y la acupuntura (22%) (Tabla 5).

La eficacia estimada para las medicinas complementarias fue considerada como "excelente o buena" en 67% de los casos. Las razones aducidas para su empleo se muestran en la Figura 5.

El 10% de los sujetos con dolor crónico gastó más de 50.000 pesos colombianos al mes en la compra de analgésicos alopáticos, mientras que 37% gastó esta suma en medicinas alternativas.

En la aplicación de la Escala de Bienestar de la OMS (OMS-5) a las personas con dolor crónico, se encontró que 21% (n: 67) tuvieron puntuación menor a 13 de un máximo posible de 25, lo cual es indicativo de un bajo bienestar psicológico. Cuando se evaluaron ítems de la misma escala que puntuaran 0 o 1, esta cifra aumentó a un 34% (n: 108) lo cual amerita una evaluación formal para depresión.

Con respecto a las creencias acerca de la causa de su dolor crónico, casi la mitad de los sujetos (45%) expresaron que éste se debía a "enfermedad", teniendo las otras causas un porcentaje menor, como se aprecia en la Tabla 6.

Discusión

Aunque en Colombia se han realizado dos encuestas epidemiológicas nacionales acerca del dolor "padecido en el último mes" (5, 6), ningún estudio publicado ha investigado la prevalencia y características del dolor crónico. Dichas

encuestas realizadas mediante entrevista telefónica incluyeron la zona cafetera y el departamento de Caldas, con un porcentaje bajo de 5,1% de la muestra total de 512 personas (2004) y de 14% de 1204 personas (2008).

El presente estudio sobre 1.008 personas encontró una prevalencia de dolor "padecido en el último mes" de 50%, cifra similar a las encontradas en las encuestas antes anotadas de 46% (2004) y de 53% (2008). Las características socio-demográficas de los pacientes encuestados fue la esperada de acuerdo con estudios previos, predominando la clase socioeconómica media (estratos 3 y 4), en concordancia con nuestra distribución poblacional.

La prevalencia del dolor crónico encontrada en el presente estudio fue de 31%, la cual se ubica en el rango informado en la literatura. Diferentes estudios en Europa han señalado prevalencias de 11,5% al 55,2% (4, 8) y en Norteamérica de 25% a 30% (9). Dos estudios europeos recientes de Catalá E (2002) (10) y de Elliot AM (2000) (10) mostraron prevalencias de 54% y 50,4%, respectivamente.

La variabilidad en las prevalencias de los estudios referidos está influenciada por aspectos como: (a) la metodología en la recolección de datos (encuesta telefónica, correo postal o entrevista personal), (b) la definición de dolor crónico, (c) diferencias sociodemográficas regionales, (d) el tipo de pregunta formulada, entre otros.

Con relación a la prevalencia de dolor crónico en Latinoamérica, Bistre S. (2007) (11) muestra los siguientes datos: Cuba 40,3% (1999), Chile 34,3% (2003) y México 16,8% (2002). Un estudio publicado en el año 2005, realizado en 761 personas en Yucatán (México), investigó solo dolor musculoesquelético en mayores de 18 años, con una prevalencia de 25,9% (12).

Es de destacar entonces en el presente estudio, que una tercera parte de la población padece dolor crónico, el cual predominó en las mujeres con un 31% contra un 19% en los hombres, lo que está de acuerdo con lo reportado en estudios similares. La frecuencia del dolor crónico para las diferentes actividades ocupacionales, mostró un predominio ponderado en las de hogar ("ama de casa"), probablemente explicado por las tareas relacionadas con dicho oficio como el dolor en miembros superiores, que predominó en el género femenino, que valdría la pena precisar en otras investigaciones. También revelante fue el aumento de la prevalencia con la edad, siendo en los mayores de 65 años de 43,8%, comparable con los estudios de Helme RD. con 50,2% (13) y Brochet B. (14) con 32,9%, y que se incrementó hasta un 86% en mayores de 85 años, cercano al rango de 50% a 80% en mayores de 65 años, comentado por Franco ML y Seoane de Lucas A. (2001) (15).

Si se tiene en cuenta la duración del dolor crónico, llama la atención que en este estudio un 30% de las personas reportaron una duración mayor a cinco años, y un 62% mayor a un año. En el estudio de Breivik H. (2006), (4) un 59% de las personas que referían dolor crónico, expresaron una duración de 2 a 15 años, y en el de Rustoen T. (2004), (16)

un 65% de los sujetos mencionaron una duración mayor de cinco años.

Un 52,2% de las personas con dolor crónico lo catalogaron como severo o intolerable, cifra más alta que las reportadas en los estudios de Bassols A. (17) quien encontró esta calificación en 33% y Breivik H. (4) en 34% de los encuestados.

En este estudio se confirma el impacto negativo que tiene el dolor crónico sobre las actividades cotidianas, especialmente en lo que respecta a tareas domésticas, sueño y trabajo, limitándolas totalmente en 13%. La encuesta de la ACED (2004) (5) menciona una interrupción de actividades diarias a causa del dolor en 54% y en el estudio de Bassols (17), se menciona como imposibilitadas en 10,4%.

Es reconocida la influencia que tiene el dolor crónico sobre el estado de ánimo y el bienestar psicológico, lo cual se confirma en el presente estudio, donde casi la mitad de los sujetos mencionaron un compromiso importante, “moderado a severo”, del estado de ánimo, lo cual tiene marcadas consecuencias en la calidad de vida. En un estudio de pacientes ambulatorios con dolor crónico se detectó una frecuencia de 87% de trastorno depresivo, que incluía tanto depresión mayor como distimia. Sin embargo, de acuerdo con los criterios que se empleen en cada estudio, la asociación de dolor crónico con depresión puede oscilar ampliamente entre 1,5% y 57%, cifras que suelen ser más altas cuando se incluyen los pacientes con distimia (18).

En este estudio se encontró una asociación entre ansiedad y dolor crónico en el 48% de las personas, resultado ligeramente superior al reportado en el estudio de McWilliams L. y cols. (19), quienes mostraron una asociación de cualquier trastorno de ansiedad y dolor crónico de 35,1%, cifra que dobla a lo encontrado en población general con 18%.

De lo anterior, se concluye la importancia que tiene la asociación de los aspectos emocionales con el dolor crónico, especialmente con la depresión. Esta comorbilidad dificulta el manejo del dolor, empeora el pronóstico, genera mayores gastos en la atención y deteriora las relaciones interpersonales, sociales y laborales.

La localización del dolor crónico es uno de los aspectos importantes en los estudios epidemiológicos, pero ha sido evaluado en ellos de manera variable, según se describa por regiones anatómicas, entidades o síndromes, dificultando la comparabilidad. Sin embargo, es posible identificar algunas localizaciones más frecuentes, como cabeza, espalda, y extremidades. En nuestro estudio las localizaciones más frecuentes fueron cabeza (32%), MIs (23%), región lumbar (21%), MSs (14%) y abdomen (8%). Estas son comparables a las encontradas en el estudio nacional de la ACED (2008) (12) que fueron cabeza 38%, MIs 26%, espalda/cadera/cintura 30%, MSs 6% y abdomen/estómago 10%. En otros estudios encontramos algunas diferencias porcentuales en la localización como en el de Bassols A. (17), que reportó espalda 50,9%, cabeza 42% y Mis 36,8%, y el de Catalá

E, que mostró afectación de espalda 21,5%, cabeza 20,5% y Mis 22,7%.

Aunque en el presente estudio la mayoría de las personas con dolor crónico usaban analgésicos, se destaca el elevado porcentaje de utilización habitual de AINES con 59%, los cuales no son medicamentos de elección para el manejo prolongado del dolor crónico. En tanto, es llamativo el escaso uso de opioides con un 3%, los cuales realizan un papel más destacado en entidades dolorosas crónicas. La escogencia inadecuada del analgésico podría ser una de las explicaciones para la baja eficacia en el control del dolor referida en el 43% de los sujetos, a pesar del uso frecuente de ellos en más de la mitad de las personas. En las encuestas de la ACED (2004 y 2008) (5, 6) también se encontró marcado predominio del manejo del dolor con AINES, con 45,5% y 48% respectivamente, y una escasa utilización de opioides en el 0,4% y 1%, respectivamente. Estos resultados contrastan con los encontrados por Breivik H. (4) en la encuesta europea de dolor crónico, en la cual se prescribieron opioides débiles en un 23% y opioides fuertes en un 5%. No obstante, los AINES en su conjunto (Cox 1 y Cox 2) también tuvieron un porcentaje de uso elevado en el 50%.

A pesar de que la mayoría de los sujetos recibían analgésicos prescritos por el médico, más de la tercera parte de ellos tuvieron la percepción de falta de interés del profesional en el manejo de una patología que como el dolor crónico, exige una adecuada relación médico-paciente. Además, casi las dos terceras partes debían comprar de manera habitual sus analgésicos por distintas razones, de las cuales vale la pena resaltar las que tienen que ver con la seguridad social a la que pertenecían, dado que argumentaban el no suministro del medicamento, la desconfianza en lo prescrito y la tramitología excesiva. Estas circunstancias podrían inducir a la compra de medicamentos inadecuados y a la discontinuidad en su uso, todo lo cual genera mal control del dolor y mayor perpetuación del mismo.

Es preocupante el alto porcentaje de automedicación para el dolor identificado en el estudio en 41%. La automedicación reportada en el estudio de ACED (2004) resulta similar a la encontrada en este estudio, con 48,3%. En el estudio de Breivik H. (4) casi 50% usaban medicamentos no prescritos, de venta libre (OTC), mientras que en el estudio de Catalá (10) en España, el porcentaje de automedicación fue inferior con 29%. Los resultados descritos en los estudios colombianos merecen atención, pues si bien para el dolor agudo podría aceptarse algún grado de automedicación, para el dolor crónico resulta inadecuado dada su complejidad y consecuencias a largo plazo.

Encontramos que una tercera parte de los encuestados empleaba medicinas alternativas o complementarias, predominando la llamada “medicina naturista” y la acupuntura, en su orden, para lo cual se adujeron distintas razones como que eran menos tóxicas, más eficaces y que se podían combinar con los medicamentos alopáticos. Estas concepciones resultan erróneas, al desconocer que estas sustancias no

están exentas de toxicidad y pueden tener interacciones medicamentosas. Así mismo, los gastos incurridos en este tipo de terapias resultaron ser superiores a los informados en la compra de analgésicos alopáticos, especialmente para los montos más elevados. En la encuesta de la ACED (2004), 17,2% de los sujetos recurrió a medicinas alternativas, con predominio de la homeopatía.

Finalmente, las creencias de los encuestados acerca de las causas de su dolor crónico, es un aspecto que debe tenerse en cuenta al interrogar al paciente, pues algunas concepciones resultan inapropiadas y maladaptativas en lo atinente al manejo.

En conclusión, es de resaltar que esta investigación es la primera que aborda el estudio del dolor crónico en Colombia mediante encuesta domiciliaria y sus resultados muestran una problemática significativa en cuanto a la prevalencia y aspectos sociodemográficos y clínicos del dolor crónico en nuestra comunidad y en nuestro país. Si bien encontramos similitudes con otras investigaciones en prevalencia del dolor crónico y en el predominio del dolor en mujeres y ancianos, se identificaron otras características que nos resultan particulares, como una elevada frecuencia de automedicación, de consumo de AINES y escasa utilización de opioides. Además un frecuente uso de medicinas complementarias/ alternativas con unos costos económicos significativos comparados con los de medicinas alopáticas.

Se puede decir que el dolor crónico es una condición debilitante y con elevada prevalencia en nuestro medio, con un impacto multidimensional en las condiciones de salud y calidad de vida de los pacientes, sus familias y comunidades. En este sentido, consideramos que estos resultados pueden contribuir a una mejor comprensión y búsqueda de soluciones a esta compleja situación de salud pública.

Conflictos de interés

Ninguno para declarar.

Agradecimientos

A los estudiantes de la Facultad de Ciencias para la Salud de la Universidad de Caldas por su trabajo de campo en la recolección de la información y en el manejo de la base de datos.

Referencias

1. Subcommittee of Taxonomy of the International Association for the Study of Pain. [consultado 2008 oct 14]. Disponible en: <http://www.iasp-pain.org/AM/Template>.
2. **Torrance N, Smith BH, Bennett MI, Lee AJ.** The epidemiology of chronic pain of predominantly neuropathic origin. Results from a general population survey. *J Pain* 2006; **7**: 281-9.
3. **Català E, Reig E, Artés M, Aliaga L, López JS, Segú JL.** Prevalence of pain in the Spanish population: telephone survey in 5000 homes. *Eur J Pain* 2002; **6**: 133-40.
4. **Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D.** Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain* 2006; **10**: 287-333.
5. III Encuesta Nacional del Dolor. Asociación Colombiana para el estudio del dolor (ACED). 2004 Abril. Disponible en: <http://www.urosario.edu.co/investigación/tomo1/fasciculo8>.
6. **Hernández JJ.** IV Encuesta Nacional del Dolor. Asociación Colombiana para el estudio del dolor (ACED). 2008 Abril. En: XVII Congreso Internacional de Dolor. Bogotá (Colombia).
7. WHO. Wellbeing measures in primary health care: the DepCare project. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark (1998).
8. **Harstall C, Ospina M.** How prevalent is chronic pain?. *Pain Clinical Updates* 2003; Vol XI, N° 2.
9. **Loeser JD, Butler SH, Chapman CR, Turk D.** Bonica's Management of Pain. 3a. ed. Editorial: Lippincott Williams and Wilkins; 2001.p.2.
10. **Elliott AM, Smith BH, Penny KI, Smith WC, Chambers WA.** The epidemiology of chronic pain in the community. *Lancet* 1999; **354**: 1248-52.
11. **Bistre S.** El dolor crónico en América Latina *Rev Iberoamericana del Dolor* 2007; **3**: 7-9.
12. **Álvarez NJ, Nuño GBL, Alcocer SJA.** Enfermedades reumáticas y discapacidad laboral en población adulta rural. *Rev Med Inst Mex Seguro* 2005; **43**: 287-92.
13. **Helme RD, Gibson SJ.** The epidemiology of pain in elderly people. *Clin Geriatr Med* 2001; **17**: 417-31.
14. **Brochet B, Michel P, Barberger-Gateau P, Dartigues JF.** Population-based study of pain in elderly people: a descriptive survey. *Age Ageing* 1998; **27**: 279-84.
15. **Franco ML, Seoane de Lucas A.** Características del dolor crónico en el anciano: tratamiento. *Rev Soc Esp Dolor* 2001; **8**: 29-38.
16. **Rustøen T, Wahl AK, Hanestad BR, Lerdal A, Paul S, Miaskowski C.** Prevalence and characteristics of chronic pain in the general Norwegian population. *Eur J Pain* 2004; **8**: 555-65.
17. **Bassols A, Bosch F, Campillo M, Cañellas M, Baños JE.** An epidemiological comparison of pain complaints in the general population of Catalonia (Spain). *Pain* 1999; **83**: 9-16.
18. **Wörz Roland.** Pain in Depression- Depression in Pain. *Pain Clinical Update* 2003; Vol XI, N° 5.
19. **McWilliams LA, Cox BJ, Enns MW.** Mood and anxiety disorders associated with chronic pain: an examination in a nationally representative sample. *Pain* 2003; **106**: 127-33.